

Revisionsrapport

Vården för de mest sjuka äldre

Region Norrbotten

Jean Odgaard,
cert komm revisor

Jenny Engelmark,
cert komm revisor

Michaela Nyman

Januari 2019

Innehåll

1.	Sammanfattning.....	2
2.	Inledning.....	4
2.1.	Bakgrund	4
2.2.	Syfte och Revisionsfråga.....	5
2.3.	Revisionskriterier	5
2.4.	Kontrollmål	5
2.5.	Avgränsning.....	5
2.6.	Metod.....	6
3.	Iakttagelser och bedömningar.....	7
3.1.	Mål och riktlinjer.....	7
3.1.1.	Iakttagelser.....	7
3.1.2.	Bedömning	8
3.2.	Den akuta vården och omhändertagandet.....	8
3.2.1.	Iakttagelser.....	8
3.2.2.	Bedömning	10
3.3.	Riskbedömningar	10
3.3.1.	Iakttagelser.....	10
3.3.2.	Bedömning	11
3.4.	Återinskrivningar	12
3.4.1.	Iakttagelser.....	12
3.4.2.	Bedömning	13
3.5.	Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan	13
3.5.1.	Iakttagelser.....	13
3.5.2.	Bedömning	14
3.6.	Läkemedelsgenomgångar.....	15
3.6.1.	Iakttagelser.....	15
3.7.	Utvecklingsarbete.....	17
3.7.1.	Iakttagelser.....	17
3.7.2.	Bedömning	17
4.	Sammanfattande bedömning	18
4.1.	Bedömningar mot kontrollfrågor.....	18
4.2.	Revisionell bedömning.....	19
4.3.	Rekommendationer.....	20
Bilaga 1.....	21

1. Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Norrbotten granskat vården för de mest sjuka äldre. Syftet med granskningen har varit att bedöma om vården av de mest sjuka äldre är tillgänglig och ändamålsenlig. Granskningen har genomförts under perioden augusti 2018 – januari månad 2019 genom en rad olika intervjuer, dokumentgranskning och en begränsad journalgranskning.

Utifrån granskningens iakttagelser och bedömningar av nedan angivna kontrollfrågor **bedömer vi sammantaget** att regionstyrelsen inte helt säkerställer att vården för de mest sjuka äldre är tillgänglig och ändamålsenlig. Den bild som framkommer i granskningen är att det finns delar i styrningen som berör målgruppen äldre och multisjuka men att vården av de mest sjuka äldre sammantaget inte anses vara ändamålsenlig.

Vi grundar vår bedömning på att det finns en styrning som tydliggör och stödjer en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Det finns också ett aktivt utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vården.

Samtidigt pekar granskningen på brister vad gäller tillgänglighet och omhändertagande när det gäller den akuta vården. Andelen återinskrivna patienter är fortsatt hög. Vidare finns brister vad gäller läkemedelsgenomgångar som leder till patientsäkerhetsrisker och risk för vårdskador. Arbetet med att etablera en fast vårdkontakt är ännu inte utvecklat i tillfredsställande omfattning.

Kontrollmål	Kommentar
Finns det fastställda mål och riktlinjer som tydliggör och stödjer en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre?	Uppfyllt
Är den akuta vården och omhändertagandet av de mest sjuka äldre ändamålsenlig?	Delvis uppfyllt
Genomförs riskbedömningar på individnivå?	Delvis uppfyllt
Sker återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård i begränsad utsträckning?	Ej uppfyllt
Finns det en fast vårdkontakt för patienten?	Ej uppfyllt
Genomförs läkemedelsgenomgångar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter?	Ej uppfyllt
Sker det ett utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vården för de mest sjuka äldre.	Uppfyllt

Revisionen lämnar följande **rekommendationer** till Regionstyrelsen:

- Regionstyrelsen behöver fortsatt arbeta för att förbättra omhändertagande för de mest sjuka äldre. Här lyfter revisionen särskilt ordinärt boende vad gäller patienter med hemsjukvård där den bristfälliga läkartillgången påverkar negativt, och patienter i hemmet utan hemsjukvård där det brister kring uppföljning och återbesök vad gäller bland annat kroniska sjukdomar
- Regionstyrelsen bör utveckla och förbättra vården inom de områden där mångbesökare förekommer frekvent.
- Regionstyrelsen bör intensifiera arbetet med att säkerställa att läkemedelsgenomgångar genomförs i enlighet med socialstyrelsen föreskrift samt de riktlinjer som är fastställda i regionen.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Medellivslängden i Sverige ökar och andelen personer i åldrarna 80 år och äldre som får offentligt finansierad omsorg fortsätter att öka. Vård och omsorg till äldre står inför en demografiskt betingad ökning av vård- och omsorgsbehov. Till detta kommer stora pensionsavgångar bland befintlig personal. Personer 65 år och äldre utgör ca 23 procent av Norrbottens totala befolkning.

Fullmäktige har angett en målsättning att verksamheten ska bedrivas effektivt med god kvalitet. Av planen framgår att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet mellan patienten och vården. Den enskilde är expert på sitt liv och sin förmåga och ska vara delaktig i utformning av sin vård. Vården ska koordineras utifrån patientens samlade behov så att denne får en god, trygg och säker vård. Av planen framgår vidare att regionen säkerställer att patienter som har behov av koordinering också får en fast vårdkontakt.

I Region Norrbottens strategiska plan för 2018 – 2020 går att utläsa att andelen äldre (65 – 84 år) och andelen mycket äldre (>85 år) kommer att öka snabbt de kommande decennierna. Eftersom sjukligheten är högre hos äldre kommer detta att leda till att antalet fall i stora folksjukdomar ökar parallellt med antal fall i sjukdomar som hjärtinfarkt, stroke, och cancer. Vården måste därför under de närmaste decennierna anpassa sin inriktning och struktur till ett sjukdomspanorama som allt mer domineras av kronisk sjukdom och preventiva insatser.

Av Socialstyrelsens lägesrapport "Vård och omsorg om äldre – 2016" framgår det faktum att fler äldre lever med flera sjukdomar vilket innebär ett ökat behov av primärvård, men också att primärvårdens roll i vården av målgruppen behöver stärkas så att organisation och arbetssätt ger en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård. Av rapporten framgår också att den totala läkemedelsanvändningen hos äldre ökar. En förklaring kan vara att vården har fått större möjlighet att behandla sjukdomar och besvär som hör till åldrandet. Det medför också en ökad risk för läkemedelsrelaterade problem. Rapporter visar även att äldre får vänta länge på akutmottagningar.

Av regionens årsredovisning för år 2017 framgår att målsättningen vad gäller andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för personer 65 år eller äldre inte nåddes. Andelen vårdtillfällen där patienter varit utskrivningsklara mer än ett dygn påverkas av hur väl samarbetet fungerar mellan utskrivande avdelning samt socialtjänsten och öppenvården, som ofta är aktörer i den fortsatta vården och omsorgen. För år 2017 är nivån 8,5 procent vilket är något sämre än för 2016 och fortfarande inte i nivå med målet på 7 procent.

Revisorerna har i sin riskbedömning lyft fram att det är väsentligt att granska om vården för de mest sjuka äldre är tillgänglig och ändamålsenlig. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2018.

2.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om vården av de mest sjuka äldre är tillgänglig och ändamålsenlig.

Följande revisionsfråga ska besvaras:

- *Säkerställer Regionstyrelsen att vården för de mest sjuka äldre är tillgänglig och ändamålsenlig?*

2.3. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier utgör bedömningsgrund i denna granskning.

- Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30
- Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter om läkemedelshantering
- Regionens riktlinjer och rutiner
- Budget och flerårsplan, Region Norrbotten

2.4. Kontrollmål

Granskningen omfattar följande kontrollmål:

- Finns det fastställda mål och riktlinjer som tydliggör och stödjer en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre?
- Är den akuta vården och omhändertagandet av de mest sjuka äldre ändamålsenlig?
- Genomförs riskbedömningar på individnivå?
- Sker återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård i begränsad utsträckning?
- Finns det en fast vårdkontakt för patienten?
- Genomförs läkemedelsgenomgångar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter?
- Sker det ett utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vården för de mest sjuka äldre.

2.5. Avgränsning

Granskningen avser Regionstyrelsen och avgränsas till patienter ur målgruppen mest sjuka äldre. Granskningen är vidare avgränsad till division Närsjukvård närsjukvårdsområdena Kalix och Piteå samt följande verksamheter:

- Närsjukvårdsområde Kalix – akutmottagningen och medicin och rehabkliniken samt två hälsocentraler inom närsjukvårdsområdet.
- Närsjukvårdsområde Piteå - akutmottagningen och medicin och rehabkliniken samt två hälsocentraler inom närsjukvårdsområdet.

2.6. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentgranskning och journalgranskning.

Intervjupersoner och granskade dokument redovisas i Bilaga 1.

En begränsad journalgranskning har genomförts inom ramen för granskningen i samverkan med personal från Division Närsjukvård inom Region Norrbotten. Journalgranskningen har genomförts länsövergripande och sammantaget granskades 25 patientjournaler, fem per närsjukvårdsområde. Urvalet utgick från Socialstyrelsens definition där personer ingick som under en 12-månaders period har varit inskrivna inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10 samt att en av diagnoserna har varit hjärtsvikt. Urvalet av journaler gjordes slumpmässigt med en slumpkalkylator per närsjukvårdsområde och för månaderna januari, februari, mars, april och maj 2018. Eftersom urvalet gjordes slumpmässigt slumpades det sig så att tre patientjournaler valdes ut och granskades två gånger, vilket inte uppmärksammades förrän journalgranskningen var avslutad. Detta innebär att det i praktiken är 22 unika patientjournaler som granskats i stället för 25 stycken.

Granskningen har genomförts under perioden juni 2018 till januari 2019 av Jean Odgaard (projektledare), Jenny Engelmark och Michaela Nyman, PwC. Rapporten har faktagranskats av intervjuade personer.

3. Iakttagelser och bedömningar

3.1. Mål och riktlinjer

3.1.1. Iakttagelser

Enligt socialstyrelsens tidigare publicerade definition av målgruppen *mest sjuka äldre* avses personer som är 65 år eller äldre och som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Personerna återfinns i tre olika grupperingar. 1) personer med omfattande sjukvård¹ 2) personer med omfattande omsorg² och 3) personer med både omfattande sjukvård och omfattande omsorg.

Region Norrbotten saknar en gemensam definition av *de mest sjuka äldre*. Av representanter från såväl sjukvård som primärvård förekommer olika tolkningar av definitionen. De olika definitioner av målgruppen som framkommit under intervju har inkluderat patienter som är kroniskt multisjuka, mångbesökare, fokuspatienter³, hemsjuka patienter, patienter i särskild boende och i hemsjukvården samt även SKLs ACG-definition⁴ av vårdbehov. Att målgruppen definieras olika av sjukvårdens aktörer upplevdes enligt en representant inom hälso- och sjukvården inte som problematiskt då de äldre faller inom olika sjukdomsfack till följd av olika sjukdomsdiagnoser, vilket hanteras på olika sätt och som ofta förändras över tid.

Ett prioriterat område under 2018 inom Region Norrbotten är bland annat vård av äldre och multisjuka. I regionfullmäktiges strategiska plan 2018-2020 framgår att samarbete med länets kommuner ska ske och utvecklas genom att stärka insatser i den öppna vården för att få en mer personcentrerad vård men även för att undvika onödiga inskrivningar på sjukhus genom att erbjuda en trygg och säker utskrivningsprocess.

Ett mål i regionfullmäktiges strategiska plan 2018-2020 är *”Helhetsperspektiv med personen i centrum”* vilket behandlar patientens möjlighet till delaktighet i vården. Enligt målet ska vården koordineras utifrån patientens samlade behov och samverkan ska ske mellan specialistvård, primärvård och kommunal vård och omsorg. Insatser ska stärkas i den öppna vården (patientens kontakt med primärvård och kommun) och om behov föreligger ska samordnad individuell plan⁵, fast vårdkontakt⁶ och läkemedelsgenomgång erhållas.

¹ Avser något av följande: multisjuklighet (tre diagnoser senaste 12 månaderna) eller fler än 19 vård dagar i slutenvård eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju läkarbesök i öppen specialistvård.

² Avser äldre som bor permanent i särskilt boende, de som har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, de som bor i korttidsboende eller har beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS).

³ personer som löper större risk att bli inlagda på sjukhuset igen, kort efter att de skrivits ut.

⁴ Adjusted Clinical Groups, används som ett beskrivningssystem och analysverktyg eller för vårdtyngdmätning.

⁵ SIP, ska upprättas tillsammans med brukare om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas.

⁶ FVK, ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Av intervjuer med verksamhetschefer framgick att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) har givit anledning till samarbete mellan kommunerna och hälso- och sjukvården samt resulterat i en del gemensamma målsättningar kring en personcentrerad- och samordnad vård. Samordnad individuell plan, fast vårdkontakt, uppföljning av återinläggningar/mångbesökare, läkemedelsgenomgångar samt arbete för att minska antalet utskrivningsklara patienter på sjukhusen är de mål och styrmått som används inom sjukvården och primärvården i Norrbotten för vården för de äldre och multisjuka. I hälsocentralernas verksamhetsplaner är de mest förekommande styrmåtten samordnad individuell plan, fast vårdkontakt och läkemedelsgenomgång.

Det finns riktlinjer för sjukdomsgrupper i form av nationella riktlinjer och vårdprogram. Vi har under granskningens gång även tagit del av riktlinjer för samverkan mellan Region Norrbotten och Norrbottens kommuner. Vi kan dock inom ramen för granskningen inte se att det finns särskilda riktlinjer för målgruppen mest sjuka äldre.

Av intervju med ledningsstab framkom att ledningens ambition har varit att minska antalet uppföljningsmått för vården av de mest sjuka äldre för att möjliggöra för verksamheterna att själva prioritera vårdinsatser.

Det har av intervjuer framkommit en viss otydlighet kring styrningen av vården av de mest sjuka äldre. Majoriteten av representanterna inom hälso- och sjukvården ansåg att det finns delar i styrningen som berör målgruppen äldre och multisjuka men att vården av de mest sjuka äldre sammantaget inte ansågs vara ändamålsenlig.

3.1.2. *Bedömning*

Finns det fastställda mål och riktlinjer som tydliggör och stödjer en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre?

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

Vi konstaterar att målgruppen är prioriterad och uppmärksammas men anser att det saknas en gemensam definition för målgruppen. Det finns fastställda mål och mått på olika nivåer. Mått såsom samordnad individuell plan stödjer en sammanhållen vård och omsorg. Samtidigt kan vi konstatera att de mått som anges snarare är att betrakta som processmått vars måluppfyllelse leder till en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

Några särskilda riktlinjer för målgruppen finns egentligen inte utan målgruppen omfattas av exempelvis de nationella riktlinjer som gäller för alla patientgrupper.

3.2. *Den akuta vården och omhändertagandet*

3.2.1. *Iakttagelser*

I Region Norrbottens strategiska plan 2018-2020 framgår att:

"Ett fullgott akut omhändertagande ska finnas dygnet runt och med sådan kvalitet att länets befolkning ska känna trygghet och tillit vid akut sjukdom/skada. Den akuta verksamheten ska organiseras på ett effektivt sätt."

Vidare framgår att vården ska utvecklas för att tillgodose helhetssyn och kontinuitet samt att det inom hälso- och sjukvården finns behov av ett ökat fokus på hälsofrämjande och preventiva insatser för att minska insjuknandet i förebyggbara sjukdomar.

Från Piteå Närsjukvårdsområdes handlingsplan 2018 framgår att verksamheterna ska, utifrån divisionsplanens uppdrag samt identifierade behov, genomföra en del åtgärder för att öka vårdens tillgänglighet. Bland annat ska:

- Telefonisystemet förbättras för att öka telefontillgängligheten.
- Ett så kallat lättakutkoncept ska under 2018 testas vid Piteås hälsocentral.
- Samtliga hälsocentraler ska under 2018 införa en del e-tjänster.
- Utvalda patientgrupper får välja att träffa läkare på distans.
- Digitala vårdplaneringsmöten ska erbjudas.

Inom akutmottagningarna har särskilda omvårdnadsplatser utformats för de äldres behov så att de ges möjlighet att stanna kvar över natten vid en kortare inläggning. Av intervjuer med representanter från akutmottagningarna framgick att de upplever att det i begränsad utsträckning finns specifika riktlinjer för omhändertagandet av de äldre och multisjuka. Verksamheterna arbetar dock med att tillgodose en personcentrerad vård såsom nutrition och tillsyn vid inläggning, öka prioriteringen av målgruppen (genom administrationsverktyget silverspåret) samt för att förkorta inläggningstiderna. Inom primärvården finns det på en del hälsocentraler en s.k. lättakut, med syfte att öka vårdens tillgänglighet samt avlasta akutmottagningarna.

Statistik visar att vistelsetiden på akuten för personer 65 år och äldre i Piteå kommun respektive Kalix kommun ligger i genomsnitt på 2,9 respektive 3,7 timmar år 2018. Trenden för vistelsetiden på akutmottagningarna inom kommunerna visar på en ökning sedan 2016.

Flera av företrädarna från specialistvården och öppenvården ansåg att den akuta vården för de äldre och multisjuka idag till stor del är tillgänglig men inte alltid ändamålsenlig. Inom primärvården förekommer olika arbetssätt för att erbjuda en tillgänglig och ändamålsenlig vård för de äldre och multisjuka beroende på kommunens förutsättningar. Till exempel arbetar en del hälsocentraler med att anställa specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot geriatrik för att bättre möta de äldre och multisjukas behov. Den fasta vårdkontakten för de äldre och multisjuka kan därmed utgöras av läkare eller sjuksköterska. Fokus ligger på att försöka upprätthålla kontinuitet för patienten.

Av intervjuer med verksamhetschefer framgick att vården på de särskilda boenden fungerar väl och att det finns en struktur och rutin där både läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga. Inom hemsjukvården upplevs läkarbristen påverka vårdens tillgänglighet negativt. Åtgärder som vidtagits för att möta läkarbristen har varit kontinuerlig konsultationstid mellan läkare och vårdpersonal samt att distriktssköterskan finns tillgänglig. Avseende den akuta vården och omhändertagandet av äldre i ordinärt boende anses brister finnas främst i den uppföljande vården samt utförandet av tidiga insatser för att bland annat motverka onödiga återinläggningar eller inskrivningar på akuten.

Majoriteten av de intervjuade anser att vården är i behov av en förändring för att bättre möta de äldres förutsättningar genom att exempelvis öka telefontillgängligheten för målgruppen så att de har en direktlänk in i öppenvården. De ansåg även att fler insatser kan göras i hemmet som exempelvis sårömläggningar för att säkra onödiga vistelser på akuten samt en ökad tillgång till exempelvis korttidsboenden för att fånga upp äldre som fått ett ökat behov av vård och omsorg.

Vid journalgranskningen granskades hur länge patienten befann sig på akuten. Av journaldokumentationen framgår inte hur lång tid det tog innan patienten fick träffa en läkare. I tabellen nedan presenteras genomsnittet för vistelsetiden på de akutmottagningar i som ingick i journalgranskningen.

Genomsnittstid/ mottagning	Sunderby akutmot- tagning	Kalix akutmot- tagning	Gällivare akutmot- tagning	Kiruna akutmot- tagning	Piteå akutmot- tagning
Genomsnittstid på akuten	4 timmar 41 minuter	3 timmar 56 minuter	3 timmar 17 minuter	3 timmar 23 minuter	2 timmar 41 minuter

Källa: Journalgranskning

3.2.2. *Bedömning*

Är den akuta vården och omhändertagande av de mest sjuka äldre ändamålsenligt?

Vi bedömer att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Vi bedömer att den akuta vård som ges är tillgänglig, men att omhändertagandet inte är fullt ut ändamålsenligt. Bristerna rör framförallt ordinärt boende vad gäller patienter med hemsjukvård där den bristfälliga läkartillgången påverkar negativt, och patienter i hemmet utan hemsjukvård där det brister kring uppföljning och återbesök vad gäller bland annat kroniska sjukdomar. Omhändertagandet utanför sjukhusen räcker inte till.

Tillgängligheten till akutmottagningarna inom Piteå respektive Kalix är relativt god även om vistelsetiden har ökat något. Akutmottagningarna inte är anpassade utifrån de äldres omsorgsbehov, men verksamheterna arbetar med att tillgodose en personcentrerad vård för de mest sjuka äldre.

3.3. *Riskbedömningar*

3.3.1. *Iakttagelser*

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för kvalitetsarbete anger gemensamma föreskrifter för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt verksamheter enligt LSS. Med kvalitetsarbete avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter för verksamheten. Kvalitet uppnås genom bland annat systematiskt förbättringsarbete, vilket ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Ledningssystemet används för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

I ledningssystemet (5 kap) framgår att aktören ska genomföra en riskanalys och uppskatta sannolikheten för att en händelse kan inträffa samt bedöma vilka negativa konsekvenser detta skulle kunna medföra. Utöver framgår allmänna råd kring egenkontroll samt rapportskyldighet och analys av avvikelser.

I regionstyrelsens mål och styrmått 2018 för division närsjukvård framgår divisionens mål om att *undvikbara vårdskador ska elimineras* (exempelvis trycksår, undernäring, fallrisk samt munhälsa) med styrmåttet *andel riskbedömningar på patienter > 70 år*.

Primärvården utgår från divisionens mål avseende patientsäkerhet och har i majoriteten av fallen brutit ner målet inom verksamheterna. I hälsocentralernas styrande dokument för 2018 framgår mål om att eliminera undvikbara vårdskador samt att en del av verksamheterna använder sig av *gröna korset*⁷ vid riskbedömningar och uppföljning. I ett fall framgår att riskbedömningar ska göras både vid in- och utskrivning av patienten.

Vid intervjuer med representanter inom såväl sjukvården som primärvården framgick att riskbedömningar genomförs kontinuerligt genom bland annat gröna korset, riskinventering samt med hjälp av senior alert⁸ i samband med inskrivning på sjukhus. Det framgick även inom sjukvården att det finns en bra struktur i genomförandet av riskbedömningar men att de inte genomförs i samma utsträckning vid utskrivning, vilket beskrivs som ett utvecklingsområde. Om en incident inträffat genomförs en avvikelserapportering i IT-verktyget Synergi varpå åtgärder upprättas.

Någon statistik över hur omfattande användningen av senior alert är har inte gått att få fram.

Inom en del hälsocentraler saknas ett generellt system för riskbedömningar. En bedömning kan exempelvis ske i telefonkontakten med patienten. Vidare upplever en del hälsocentraler att individens rätt att neka den hjälp som erbjuds leder till att hälsocentralen inte kan fortskrida trots att orosmoment uppdagats. Detta beskrivs som ett utvecklingsområde. En del hälsocentraler genomför riskbedömningar avseende patientens levnadsvanor men antar att resterande riskbedömning kring boendesituationen genomförs på boendet eller i kontakt med kommunen.

Journalgranskningen visar på att dokumenterad riskbedömning via senior alert har genomförts i 19 av 22 fall. I elva av dessa 19 fall har riskbedömning genomförts både vid in- och utskrivning, annars verkar det vara vanligast att riskbedömningar görs vid inskrivning.

3.3.2. Bedömning

Genomförs riskbedömningar på individnivå?

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt.

⁷ Gröna korset är en metod för att på en övergripande nivå visualisera avvikelser som risker och skador i olika sammanhang. Avvikelser och risker åtgärdas löpande varje dag.

⁸ Ett nationellt kvalitetsregister som finns tillgängligt via webben där varje person som är 65 år eller äldre registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

Av granskningen framgår att riskbedömningar på individnivå sker med olika angreppssätt i verksamheten. Bland annat tillämpas senior alert och gröna korset. Av journalgranskningen framgår att dokumenterad riskbedömning enligt senior alert har skett hos merparten av patienterna. Vi bedömer att arbetet med Gröna korset möjliggör en systematik i arbetet med att undvika vårdskador.

3.4. Återinskrivningar

3.4.1. Iakttagelser

Gemensamt prioriterade områden på region- och divisionsnivå är att stärka insatser i den öppna vården för att bland annat minska risken för återinskrivningar på sjukhus. I Divisionsplan Närsjukvård 2018-2020 framgår det strategiska målet 'Helhetsperspektiv med personen i centrum' vilket anger styrmått för oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för personer 65 år eller äldre. Målet är att sänka antalet oplanerade återinskrivningar med 1,8 % för kvinnor och 3,3 % för män fram till år 2020.

Statistik inom sjukvården visar på att återinläggningar för personer 65 år och äldre under år 2016 i genomsnitt legat på ca 13 % där återinläggningarna inom 2 dagar i genomsnitt legat på ca 3,3 % och inom 10 dagar i genomsnitt på ca 6,2 %. Under år 2017 låg genomsnittet av andelen återinläggningar på ca 12,25 % och har därmed minskat.

Av tabellen nedan framgår utvecklingen avseende undvikbara återinläggningar inom Division Närsjukvård under de senast tre åren⁹.

		2016	2017	2018
Division Närsjukvård	VO Närsjukvård Gällivare	17,38%	18,18%	19,79%
	VO Närsjukvård Kalix	20,55%	19,61%	20,53%
	VO Närsjukvård Kiruna	18,96%	16,42%	14,42%
	VO Närsjukvård Luleå-Boden	20,87%	19,32%	21,89%
	VO Närsjukvård Piteå	19,81%	18,75%	21,33%
	Division Närsjukvård	20,05%	18,91%	20,59%

Källa: Region Norrbotten

Av intervjuer med representanter från sjukvården och primärvården framgick att återinskrivningar som mätetal idag används i begränsad utsträckning. I hälsocentralernas styrande dokument för år 2018 återfinns inte oplanerade återinskrivningar som mål eller styrmått. Av intervjuer framgår att måttet ersatts med begreppet *mångbesökare* med anledning av att begreppet rymmer fler patientgrupper. I sammanhanget beskrivs att ett arbete med att identifiera flödet för bland annat mångbesökarpatienter och de kroniskt sjuka ska genomföras.

Socialstyrelsen definierar mångbesökare som patienter med ≥ 4 besök senaste 12 månaderna.

⁹ Uppgift avseende 2018 avser perioden januari – november månad.

Av intervjuer med verksamhetschefer framgick att orsaken till att patienter återkommande söker sig tillbaka till vården kan bero på otillräckligt stöd eller otillräckliga insatser i hemmet. En särskild patientgrupp som framhölls var KOL-patienter med svår ångest som söker vård. Upprättandet av en samordnad individuell plan samt en fast vårdkontakt för planering och uppföljning av vården är åtgärder som förväntas motverka onödiga återinskrivningar och minska antalet mångbesökare.

Statistik från närsjukvården visar att andelen mångbesökare ökat med några procentenheter under perioden 2016-2018. Per september 2018 ligger andelen på ca 20 %.

Journalgranskningen visar att av de 22 inskrivna patienterna var 16 stycken föremål för återinskrivning inom 30 dagar. Av dessa var det två patienter som varit återinskrivna innan det aktuella vårdtillfället, åtta patienter som varit återinskrivna efter vårdtillfället och fem patienter som varit återinskrivna både före och efter vårdtillfället. En patient hade planerade återinskrivningar såväl före som efter det aktuella vårdtillfället.

3.4.2. *Bedömning*

Sker återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård i begränsad utsträckning?

Vi bedömer att kontrollmålet inte är uppfyllt.

Andelen återinskrivning inom sjukvården har minskat något. Fullmäktiges mål har dock inte uppnåtts och andelen återinskrivningar befinner sig fortfarande på en hög nivå. Av granskningen framgår att fokus har riktats mot gruppen mångbesökare där även äldre multisjuka ingår. Det återstår att se om arbetet med samordnad individuell plan och fast vårdkontakt ger önskvärt resultat för målgruppen.

3.5. *Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan*

3.5.1. *Iakttagelser*

Patientlagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja dennes integritet, självbestämmande och delaktighet. Enligt patientlagen ska patientens behov om trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses där olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Om patienten begär det, eller att det är nödvändigt för dennes behov, kan en fast vårdkontakt utses och patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård samt insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas enligt de förutsättningar som anges i hälso- och sjukvårdslagen.

Divisionsplanen 2018-2020 för Divisions Närsjukvård i Region Norrbotten har bland annat fast vårdkontakt som mål för att genomföra optimal samordning av vård. I regionstyrelsens strategiska plan 2018-2020 lyfts fast vårdkontakt som en framgångsfaktor för att tillgodose patienters behov av koordination.

I hälsocentralernas styrande dokument används andelen patienter med fast vårdkontakt och andelen patienter med samordnad individuell plan som mätetal för att tillgodose målet om äldre och multisjukas behov av en samordnad vård.

Av intervjuer med representanter från både sjukvården och primärvården framgår att de flesta patienter som har en samordnad individuell plan även har en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten kan vara en läkarkontakt eller en sjuksköterskekontakt där patientens vårdbehov styr vem den fasta vårdkontakten blir men fokus ligger på att skapa kontinuitet för patienten så vårdgivaren har kännedom om sjukdomsbilden. Inom sjukvården finns det en flik i patientjournalen specifikt avsedd för fast vårdkontakt.

Vidare framgår från intervju med verksamhetschefer inom primärvården att statistiken kring fast vårdkontakt inte alltid är rättvisande då den fasta vårdkontakten inte alltid ligger hos hälsocentralerna varpå representanterna upplever att det finns fler fasta vårdkontakter än vad som framgår i VAS. En del patienter har sin fasta vårdkontakt inom kommunen på exempelvis ett särskilt boende. Inom hälsocentralerna kan den fasta vårdkontakten framgå i olika administrationsverktyg som VAS och Lifecare vilken kan skapa otydlighet då dessa inte alltid synkroniserar med varandra samt att det saknas rutiner för användningen av VAS och Lifecare avseende fast vårdkontakt.

I tabellen nedan visas statistik för patienter som är 65 år och äldre och som år 2018 är listade på en hälsocentral och som under år 2018 besökt sjukvården samt hur många av dessa som i januari 2019 erhöll fast vårdkontakt. Resultat visas för de hälsocentraler inom Kalix respektive Piteå närsjukvårdsområde som ingått i granskningen. Akutmottagningarna samt rehab/medicin uteblev från undersökningen för att undvika dubbelregistrering då samma patient kan ha besökt olika kliniker och därmed ge ett missvisande resultat.

Hälsocentral/Fast vårdkontakt	Antal patienter som sökt sjukvård	Antal patienter med fast vårdkontakt	Andel patienter med fast vårdkontakt
Grytnäs HC	1318	4	0,3 %
Kalix HC	3197	157	4,9 %
Haparanda HC	2265	91	4,0 %
NO Kalix	67800	252	3,7 %
Piteå HC	2683	78	2,9 %
Älvsbyns HC	1749	14	0,8 %
NO Piteå	4432	92	2,1 %

Källa: Region Norrbotten

Journalgranskningen visade att 4 av 24 patienter hade en registrerad fast vårdkontakt i journalsystemet VAS.

3.5.2. Bedömning

Finns det en fast vårdkontakt för patienten?

Vi bedömer att kontrollmålet inte är uppfyllt.

Arbetet med fast vårdkontakt är nyligen påbörjat och är ännu inte fullt utvecklat. Vidare finns brister i dokumentation vilket gör att förekomst av fast vårdkontakt sannolikt är större i verkligheten än i den uppföljning som görs.

Genom det arbete som sker i form av samordnad individuell plan kommer antalet patienter med fast vårdkontakt troligen att öka framöver.

3.6. Läkemedelsgenomgångar

3.6.1. Iakttagelser

I Socialstyrelsens föreskrift 2012:9 anges patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid:

1. Besök hos läkare i öppen vård
2. Inskrivning i slutenvård
3. Påbörjad hemsjukvård och
4. Inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av kapitel 12 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Läkaren ska ansvara för läkemedelsgenomgångar och ska vid behov samarbeta med andra läkare, apotekare, sjuksköterskor eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Om kvarstående läkemedelsrelaterade problem finns efter en enkel läkemedelsgenomgång ska patienten erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång där bland annat bedömning görs av hur doseringen av läkemedlet förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner. När en patient skrivs ut från ett vårdtillfälle i slutenvården och har fått en läkemedelsgenomgång i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter ska en läkare upprätta en läkemedelsberättelse. Berättelsen ska innehålla uppgifter om vilka ordinationer som ändrats, vilken läkemedelsbehandling patienten fått samt orsakerna till de vidtagna åtgärderna. Patientens läkemedelslista ska vara uppdaterad i patientjournalen.

I divisionsplanen för Divisions Närsjukvård 2018-2020 i Region Norrbotten framgår att äldre och multistjuka vid behov ska erhålla bland annat läkemedelsgenomgång. Andel listade patienter med genomförd läkemedelsgenomgång inom regionen följs upp som ett styrmått för målet om en optimal samordning av vård. Även på verksamhetsnivå följs detta styrmått upp.

Av intervjuer med slutenvården framgick att enkel läkemedelsgenomgång genomförs i samband med utskrivning. Från intervjuer med öppenvården framgick att läkemedelsgenomgång genomförs på hälsocentralerna en gång per år. I majoriteten av fallen används hjälp av en apotekare för läkemedelsgenomgång. Det har vid en hälsocentral inte funnits läkare som kan utföra läkemedelsgenomgången. Då har en sjuksköterska genomfört genomgången vid exempelvis receptförnyelse. Detta presenteras sedan för läkare och beslut fattas om ett eventuellt läkarbesök eller annan åtgärd är nödvändig.

Vidare uppdagades att det förekommer bristfällig dokumentationen i patientjournalen vad gäller läkemedelsgenomgångar vilket antas bero på registreringsfel. Felaktig registrering resulterar i missvisande statistik avseende genomförda läkemedelsgenomgångar. Majoriteten av representanterna menar att det har skett fler läkemedelsgenomgångar än vad som kan ses av statistiken.

Statistik från Division Närsjukvård visar att divisionen inte når det uppsatta målet på 50 % genomförda läkemedelsgenomgångar. Vi kan dock inom ramen för granskningen se en ökning i andelen genomförda läkemedelsgenomgångar. Under perioden 2015-2018 har läkemedelsgenomgångarna ökat från 13 % till 25 %.

I journalgranskningen granskades antalet läkemedel per patient, om läkemedelsgenomgång hade genomförts och dokumenterats i samband med vårdtillfället, om läkemedelsgenomgång genomförts och dokumenterats den senaste 12-månadersperioden samt om en läkemedelsberättelse upprättats. Av granskningens 22 patienter hade 17 stycken fler än 5 läkemedel. I dessa 17 patienters journaler framgick att sju patienter fått en läkemedelsgenomgång i samband med vårdtillfället. Av de patienter som inte hade 5 eller fler läkemedel hade 1 av 5 fått en läkemedelsgenomgång i samband med vårdtillfället.

Av journalgranskningen framgår vidare att 15 patienter hade fått en läkemedelsgenomgång som också registrerats journalsystemet under den senaste 12-månadersperioden. Av de 22 patienter som ingick i granskningen hade 19 fått en läkemedelsberättelse upprättad vid vårdtillfället och/eller vid ett annat tillfälle det senaste året.

Genomförs läkemedelsgenomgångar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter?

Vi bedömer att kontrollmålet inte är uppfyllt.

Vi grundar vår bedömning på bristande måluppfyllelse. Vi noterar dock att det har skett en positiv utveckling under de senaste åren. Av granskningen framgår att det finns brister vad gäller dokumentation av om läkemedelsgenomgång har genomförts. Av intervjuer ges en relativt samstämmig bild att läkemedelsgenomgångar förekommer i större utsträckning än vad som går att utläsa. Även om läkemedelsgenomgångar genomförs följs inte riktlinjerna vad gäller dokumentation. Det är regionens ansvar att genomföra läkemedelsgenomgångar årligen för patienter på särskilda boenden och med hemsjukvård. Vi bedömer att det finns brister i den interna kontrollen för att säkerställa att alla berörda patienter får en läkemedelsgenomgång.

Uppföljningen av läkemedelsgenomgångar behöver utvecklas *från* uppföljning av antalet genomförda läkemedelsgenomgångar *till* hur stor andel av målgruppen som omfattas av en läkemedelsgenomgång. En sådan uppföljning skulle innebära en kontroll av vilka patienter som uppfyller kriteriet för läkemedelsgenomgång i förhållande till vilka patienter som har fått en läkemedelsgenomgång utförd.

Förekomst av läkemedelsberättelse i specialiserad vård innebär också att en enkel läkemedelsgenomgång med största sannolikhet har genomförts på sjukhuset. Hälsocentralernas förmåga att genomföra läkemedelsgenomgångar påverkas negativt av den läkarbrist som föreligger.

3.7. Utvecklingsarbete

3.7.1. Iakttagelser

Från Region Norrbottens strategiska plan 2018-2020 framgår att utvecklingsområden framöver innefattar vårdformer och digitalisering. Den demografiska utvecklingen med en högre andel äldre i behov av vård innebär att behandling allt mer behöver flyttas från specialiserad vård till primärvård samt från slutenvård till mer öppna vårdformer. Digitaliseringen möjliggör nya arbetssätt som ökar tillgängligheten av vård som exempelvis e-tjänster, distansöverbyggande teknik samt medicinsk teknik i hemmet.

Som nämndes i tidigare avsnitt har den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) inneburit ett ökat samarbete mellan kommunerna och hälso- och sjukvården.

Av intervjuer framgick att det har utvecklats ett processinriktat arbete med ökad samverkan mellan kommun, primärvård och sjukvård. Inom Division Närsjukvård pågår olika pilotprojekt i tre av länets kommuner.

Inom Piteå närsjukvårdsområde innefattar projektet att inrätta ett närsjukvårdsteam för patienter boende i Piteå kommun vilket riktar sig mot patienter som skrivs ut från sjukhus och befinner sig i ordinärt boende. Syftet med projektet är att öka patientsäkerheten vid övergång mellan vårdgivare samt minska riskerna för onödiga återinläggningar eller onödiga inläggningar.

I Kalix kommun handlar projektet om att starta igång ett teamarbete inom hälsocentralerna mot kommunens särskilda boenden, hemsjukvårdspatienter och personer inskrivna på kommunens omsorgsboenden för att bland annat öka kontinuiteten för patienterna samt minska belastningen på akutmottagningarna.

Det tredje projektet innefattar att starta upp ett hemsjukvårdsteam inom öppenvården i Luleå kommun. Syftet med projektet är att erbjuda trygg vård i hemmet och minska risken för patienten att uppsöka akuten eller slutenvården. Divisionsledningen kommer att till hösten 2019 utvärdera effekterna av de olika projekten.

3.7.2. Bedömning

Sker det ett utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vården för de mest sjuka äldre?

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

Av granskningen framgår att de mest sjuka äldre är en uppmärksammas och prioriterad patientgrupp, även om det saknas en gemensam definition för målgruppen mest sjuka äldre.

Vi bedömer att det pågår ett utvecklingsarbete som syftar till en förbättrad vård. Vi har tagit del av ett flertal exempel. Det viktigaste arbetet som har skett under senare tid avser arbetet med att hitta arbetsformer och en strukturerad process som stödjer den nya lagen om samverkan vid utskrivning.

4. Sammanfattande bedömning

4.1. Bedömningar mot kontrollfrågor

Kontrollmål	Kommentar
Finns det fastställda mål och riktlinjer som tydliggör och stödjer en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre?	Uppfyllt Det finns fastställda mål och mått på olika nivåer. Mått såsom samordnad individuell plan stödjer en sammanhållen vård och omsorg. Samtidigt kan vi konstatera att de mått som anges är snarare att betrakta som processmått vars måluppfyllelse leder till en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre.
Är den akuta vården och omhändertagandet av de mest sjuka äldre ändamålsenlig?	Delvis uppfyllt Den akuta vård som ges är tillgänglig, men omhändertagandet är inte fullt ut ändamålsenligt. Omhändertagandet utanför sjukhusen räcker inte till. Tillgängligheten till akutmottagningarna inom Piteå respektive Kalix är relativt god även om vistelsetiden har ökat något. Akutmottagningarna är inte anpassade utifrån de äldres omsorgsbehov, men verksamheterna arbetar med att tillgodose en personcentrerad vård för de mest sjuka äldre.
Genomförs riskbedömningar på individnivå?	Delvis uppfyllt Av granskningen framgår att riskbedömningar på individnivå sker med olika angreppssätt i verksamheten. Bland annat tillämpas senior alert och gröna korset.
Sker återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård i begränsad utsträckning?	Ej uppfyllt Andelen återinskrivningar inom sjukvården har minskat något. Fullmäktiges mål har dock inte uppnåtts och andelen återinskrivningar befinner sig fortfarande på en hög nivå.
Finns det en fast vårdkontakt för patienten?	Ej uppfyllt Arbetet med fast vårdkontakt är nyligen påbörjat och är ännu inte fullt utvecklat.

	Vidare finns brister i dokumentation vilket gör att förekomst av fast vårdkontakt sannolikt är större i verkligheten än i den uppföljning som görs.
Genomförs läkemedelsgenomgångar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter?	Ej uppfyllt Måluppfyllelsen är bristande. Vi noterar dock att det har skett en positiv utveckling under de senaste åren. Av granskningen framgår att det finns brister vad gäller dokumentation av om läkemedelsgenomgång har genomförts.
Sker det ett utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vården för de mest sjuka äldre.	Uppfyllt Av granskningen framgår att de mest sjuka äldre är en uppmärksammas och prioriterad patientgrupp, även om det saknas en gemensam definition för målgruppen mest sjuka äldre. Det pågår ett utvecklingsarbete som syftar till en förbättrad vård. Det viktigaste arbetet som har skett under senare tid avser arbetet med att hitta arbetsformer och en strukturerad process som stödjer den nya lagen om samverkan vid utskrivning.

4.2. Revisionell bedömning

Utifrån granskningens iakttagelser och bedömningar av ovanstående kontrollfrågor **bedömer vi sammantaget** att regionstyrelsen inte helt säkerställer att vården för de mest sjuka äldre är tillgänglig och ändamålsenlig.

Vi grundar vår bedömning på att det finns en styrning som tydliggör och stödjer en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Det finns också ett aktivt utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vården.

Samtidigt pekar granskningen på brister vad gäller tillgänglighet och omhändertagande när det gäller den akuta vården. Andelen återinskrivna patienter är fortsatt hög. Vidare finns brister vad gäller läkemedelsgenomgångar som leder till patientsäkerhetsrisker och risk för vårdskador. Arbetet med att etablera en fast vårdkontakt är ännu inte utvecklat i tillfredsställande omfattning.

Granskningen har omfattat en rad olika intervjuer. Den sammanfattande bilden som ges är att det finns delar i styrningen som berör målgruppen äldre och multisjuka men att vården av de mest sjuka äldre sammantaget inte anses vara ändamålsenlig.

4.3. Rekommendationer

Baserat på granskningsresultaten lämnas följande **rekommendationer** till Regionstyrelsen, att:

- Fortsatt arbeta för att förbättra omhändertagandet för de mest sjuka äldre. Särskilt i ordinärt boende vad gäller patienter med hemsjukvård där den bristfälliga läkartillgången påverkar negativt, liksom för patienter i hemmet utan hemsjukvård där det brister kring uppföljning och återbesök vad gäller bland annat kroniska sjukdomar
- Utveckla och förbättra vården inom de områden där mångbesökare förekommer frekvent.
- Intensifiera arbetet med att säkerställa att läkemedelsgenomgångar genomförs i enlighet med socialstyrelsen föreskrift samt de riktlinjer som är fastställda i regionen.

Januari 2019



Hans Forsström

Uppdragsledare

Jean Odgaard

Projektledare

Bilaga 1

Intervjuade personer:

Regionråd Region Norrbotten
Närsjukvårdschef Piteå
Närsjukvårdschef Kalix
Medicinskt sakkunnig Region Norrbotten
Tillförordnad verksamhetschef akutmottagning Piteå
Enhetschef akutmottagningen Piteå
Verksamhetschef rehab/medicin Piteå
Verksamhetschef akutmottagningen och rehab/medicin Kalix
Verksamhetschef Piteå hälsocentral
Enhetschef Piteå hälsocentral
Projektledare närsjukvårdsteam Piteå hälsocentral
Verksamhetschef Kalix hälsocentral
Enhetschef Kalix hälsocentral
Verksamhetschef Haparanda hälsocentral

Granskade dokument:

Divisionsplan Närsjukvård 2018-2020
Regionfullmäktiges strategiska plan 2018-2020
Regionstyrelsens plan 2018-2020
God vård - socialstyrelsen
Gemensamma riktlinjer för samverkan - Samordnad individuell plan, Region Norrbotten och Norrbottens kommuner
Riskbedömning på vårdavdelning vid Kalix sjukhus, akutmottagningen och rehab/medicin Kalix
Handlingsplan och verksamhetsmål Närsjukvård Piteå 2018, Piteå hälsocentral
Handlingsplan för Piteå närsjukvårdsområde 2018, Älvsbyns hälsocentral
Kalix och Grytnäs verksamhetsplan och verksamhetsmål 2018, Kalix hälsocentral
Färgstyrkort 2018 Närsjukvårdsområde Kalix, Haparanda hälsocentral

Pilotprojekt:

Inrättandet av närsjukvårdsteam, projektansökan närsjukvårdsområde Piteå
Ansökan om projektmedel för att utveckla teamarbete med fokus på boende på kommunens särskilda äldreboenden, hemsjukvårdspatienter och personer inskrivna på kommunens omsorgsboenden, projektplan närsjukvårdsområde Kalix
Hemsjukvårdsteam i öppenvården Luleå kommun, projektplan

Statistik:

Andel läkemedelsgenomgångar och antal SIP 2016-2018

Fast vårdkontakt från patientvyn i VAS

Oplanerade återinskrivningar inom division närsjukvård 2016-2016

Andel mångbesökare inom division närsjukvård 2016-2018

Andel återinläggningar rehab medicin Piteå 2016

Återinläggningar rehab/medicin Piteå 2017

Vistelsetid i timmar patienter > 65 år på akutmottagning Piteå och Kalix 2016-2018

Journalgranskning:

Journalgranskning

Journaluppgifter Aweria